

Uso o Divulgación Solicitado de Información de Salud Protegida Potencialmente Relacionada con la Atención de la Salud Reproductiva

NOTA: Para que la declaración sea válida, se debe completar todo el formulario.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre

Fecha de nacimiento

Dirección postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

1. Nombre de la(s) persona(s) o identificación específica de la clase de personas que recibirán la PHI solicitada.

Ejemplo: nombre del investigador y/o agencia que realiza la solicitud

2. Nombre u otra identificación específica de la persona o clase de personas a las que solicita el uso o la divulgación.

Ejemplo: nombre de la entidad cubierta o del socio comercial que mantiene la PHI y/o nombre del miembro de su fuerza laboral que maneja las solicitudes de PHI

3. Descripción de la PHI específica solicitada, que incluya el nombre de la persona o personas, si es posible, o una descripción de la clase de personas cuya información de salud protegida está solicitando.

Ejemplo: resumen de la visita de [nombre de la persona] el [fecha]; lista de personas que obtuvieron [nombre del medicamento recetado] entre [intervalo de fechas]

4. Certifico que el uso o la divulgación de la PHI que estoy solicitando no tiene un propósito prohibido por la Ley de Privacidad de la Ley de Privacidad de la HIPAA en 45 CFR 164.502(a)(5)(iii) debido a uno de los siguientes motivos (marque una casilla):

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida no es investigar o imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva, ni identificar a ninguna persona para tales fines.

El propósito del uso o divulgación de información de salud protegida es investigar o imponer responsabilidad a ninguna persona por el mero hecho de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de salud reproductiva, ni identificar a ninguna persona para tales fines, pero la atención de salud reproductiva en cuestión no era legal en las circunstancias en que se proporcionó.

Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones penales de conformidad con 42 U.S.C. 1320d-6 si, con conocimiento y en violación de la HIPAA, obtengo información de salud individualmente identificable relacionada con una persona o divulgo información de salud individualmente identificable a otra persona.

Firma de la persona que solicita la PHI

Fecha

Si ha firmado como representante de la persona que solicita la PHI, proporcione una descripción de su autoridad para actuar en nombre de esa persona.

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta

Relación con el paciente

Este documento de declaración se puede proporcionar en formato electrónico y firmar electrónicamente por la persona que solicita la información de salud protegida cuando la firma electrónica sea válida según la ley federal y estatal que corresponda.